

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA SELETTIVA PUBBLICA FINALIZZATA ALL'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA NOMINA DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE IN FORMA COLLEGIALE DELLA ASL ROMA I**

Al Commissario Straordinario ASL ROMA I  
Borgo S. Spirito, n. 3 00193 Roma

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla procedura selettiva pubblica finalizzata all'acquisizione di manifestazione di interesse per la nomina dell'organismo indipendente di valutazione della performance in forma collegiale della ASL Roma 1.

A tal fine, il sottoscritto, sotto la propria responsabilità con valore di dichiarazione sostitutiva in materia di documentazioni amministrative, ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR n°445/2000 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000) in caso di dichiarazioni mendaci, la formazione e/o l'utilizzo di atti falsi,

**DICHIARA**

- di essere cittadino italiano ovvero di altro stato membro dell'Unione Europea (specificare quale) \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_;
- di godere dei diritti politici e non essere stato escluso dall'elettorato politico attivo, ovvero i motivi di mancato godimento \_\_\_\_\_;
- di non essere mai stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione, ovvero licenziato per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi e comunque con mezzi fraudolenti;
- di essere iscritto all'Elenco nazionale dei componenti degli Organismi indipendenti di valutazione della performance (OIV) dal \_\_\_\_\_, al n. \_\_\_\_\_ di iscrizione, fascia professionale \_\_\_\_\_;
- di non superare i limiti relativi all'appartenenza a più Organismi Indipendenti di Valutazione di cui all'art. 8 del Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione 6 agosto 2020;
- di essere dipendente in qualità di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere lavoratore autonomo in qualità di \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della Laurea specialistica/Laurea quadriennale, conseguita nel previgente ordinamento degli studi in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del titolo di studio post-universitario in \_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_;

Allega alla presente la seguente documentazione:

- curriculum formativo e professionale in formato europeo
- relazione di accompagnamento che illustri le esperienze ritenute più significative rispetto l'incarico da conferire;
- dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del DPR 445/2000 relativa all'assenza di cause di incompatibilità, conflitto di interessi e cause ostative (di cui ai punti 3.4 e 3.5 e al rispetto del principio di esclusività di cui al punto 9 della delibera A.NA.C. n.12/2013).
- Fotocopia documento di riconoscimento

Luogo, data \_\_\_\_\_

firma  
\_\_\_\_\_

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

